TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr AD. JALAGUIER

AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE.
CHIRURGIEN DE L'HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS.



PARIS
ASSELIN ET HOUZEAU
LIBRAIRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
Place de l'École-de-Médecine

Mai 1899

TITRES SCIENTIFIQUES

Externe des hôpitaux (1873).
Interne des hôpitaux (1875).
Prosecteur à la Faculté de médecine (1879).
Docteur en médecine (1880).
Lauréat de la Faculté de médecine. Médaille d'argent (Prix de thèse, 1880).
Chirurgien des hôpitaux (1884).
Agrégé de la Faculté (1886).
Membre de la Société anatomique (1879).
Membre de la Société de chirurgie (1888).
Membre fondateur de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie (1899).
Membre fondateur de la Société de pédiatrie (1899).

ENSEIGNEMENT

Conférences de pathologie externe: Chirurgie du thorax et de l'abdomen (Deuxième semestre 1891-1892).

Cours complémentaire de pathologie externe: Chirurgie de la tête et du cou (Premier semestre 1892-1893).

Conférences de pathologie externe : Chirurgie des membres (Premier semestre 1894-1895).

Cliniques chirurgicales à l'hôpital de la Pitié. Remplacement du professeur Verneuil (Premier trimestre 1887. Vacances de 1887).

Cliniques chirurgicales à l'hôpital de la Pitié. Remplacement du professeur Verneuil (Vacances de 1888).

Cliniques chirurgicales à l'hôpital de la Pitié. Remplacement du professeur Tillaux (Vacances de 1893).

TRAVAUX ORIGINAUX

A. — CHIRURGIE GÉNÉRALE.

De la lymphangite aiguë à forme gangreneuse.

(Thèse de doctorat. Paris, 1880.)

La lymphangite gangreneuse n'était pas encore classée dans les traités de pathologie externe. Les auteurs mentionnaient brièvement la gangrène de la peau parmi les complications de la lymphangite, mais on n'avait pas vu que, lorsque cette complication survient pendant le cours d'une lymphangite, le type de la maladie primitive est si profondément modifié dans ses allures et dans sa terminaison qu'il y a lieu de décrire comme une forme particulière les cas dans lesquels se trouvent associés, dans un rapport de cause à effet, la *lymphangite* et la *gangrène*.

C'est d'après 12 observations inédites, dont 4 personnelles, que j'ai pu établir, sur des bases anatomo-pathologiques et cliniques, l'histoire de la *lymphangite gangreneuse*.

Cette description est restée classique.

Les nouveaux modes de traitement des fractures de la rotule. — Ponction aspiratrice. — Arthrotomie et suture.

(*Archives générales de médecine*, numéros de mars et avril 1884.)

Ce mémoire avait pour but d'étudier, d'après les observations publiées (je pus en réunir 95), la valeur du traitement chirurgical des fractures de la rotule.

La question de la suture de la rotule fracturée était, en 1884, toute d'actualité.

Les premières opérations pratiquées de propos délibéré par Cameron et par Lister dataient de 1877.

Après avoir étudié le manuel opératoire dans les fractures récentes et dans les fractures anciennes, je m'attachai à poser les indications opératoires pour ces deux variétés de fracture.

En raison d'une assez forte proportion d'insuccès et d'accidents graves révélés par l'analyse des observations, je fus conduit à n'accepter qu'avec de grandes réserves l'arthrotomie et la suture dans les cas de fractures simples, récentes. Mon opinion s'est sensiblement modifiée depuis 1884.

Pour les fractures anciennes avec troubles fonctionnels graves, l'opération me paraissait justifiée.

Enfin, pour les fractures ouvertes, j'admettais sans contestation possible la suture immédiate.

J'ai donné, à titre de pièces justificatives et d'indications bibliographiques, le résumé de 95 observations.

Traitement chirurgical des luxations en arrière récentes et irréductibles des doigts sur les métacarpiens.

(*Archives générales de médecine*, 1886.)

Je montre dans ce mémoire que les particularités anatomo-pathologiques, si bien étudiées par Farabeuf pour les luxations du pouce, se rencontrent dans les luxations des quatre derniers doigts. Je donne la description d'un mode d'intervention chirurgicale qui m'a réussi dans un cas de luxation irréductible de l'index et dont l'idée première revient à Farabeuf.

De l'arthrotomie.

(Thèse d'agrégation, Paris, 1886.)

Dans ce travail considérable (258 pages), j'ai laissé de côté les cas très nombreux dans lesquels l'arthrotomie ne constitue qu'un temps préliminaire d'une

autre opération : résection, ostéotomie, suture osseuse, réduction d'une luxation. J'ai limité mon sujet aux cas dans lesquels l'ouverture large d'une articulation forme la partie essentielle, le fond même du procédé opératoire employé.

J'ai montré que l'arthrotomie était devenue ou tendait à devenir la méthode thérapeutique par excellence de toute une classe d'affections articulaires.

J'ai réuni et groupé un très grand nombre de faits pour discuter la valeur et l'opportunité de l'arthrotomie :

1° Dans les arthrites suppurées ;

2° Dans les arthrites aiguës non suppurées ;

3° Dans les hémarthroses ;

4° Dans les hydarthroses ;

5° Dans les corps étrangers articulaires.

Pour cette dernière catégorie, j'ai pu établir, d'après une statistique portant sur 105 opérations d'arthrotomie *antiseptique*, que la mortalité était tombée à 0,95 p. 100. Démontrant ainsi, chiffres en mains, que l'extraction à ciel ouvert des arthrophytes était devenue une opération presque sans péril dont le chirurgien le plus prudent ne saurait refuser le bénéfice à son malade.

Ma thèse se termine par un chapitre de médecine opératoire dans lequel je me suis efforcé de décrire avec précision les divers procédés d'arthrotomie applicables à chaque articulation en particulier.

Recherches critiques et expérimentales sur des compresses et éponges abandonnées dans la cavité péritonéale. (En collaboration avec M. P. Mauclaire.)

(*Société anatomique*, mars 1893.)

Ce travail a été entrepris en vue d'élucider certaines observations cliniques assez surprenantes au premier abord. Nous avons expérimenté sur des chiens et sur des lapins, employant successivement des compresses de gaze iodoformée, de gaze aseptique et des éponges. Outre la description anatomique, nous avons pu fournir huit figures démontrant la tendance des corps étrangers à pénétrer du péritoine dans l'intestin et, pour un cas, dans l'utérus.

Nous avons aussi établi dans ce mémoire la possibilité de la résorption com-

plète de fragments d'éponge (1 seul cas), et aussi l'importance des adhérences vasculaires, très solides, qui s'établissent autour des corps étrangers non septiques et qui expliquent la tolérance du péritoine.

Chirurgie de l'abdomen.

(*Traité français de chirurgie publié sous la direction de Duplay et Reclus*, t. VI, 1re édition, 1891, p. 339 à 543.)

Ce travail comprend cinq chapitres :

Chapitre Ier. — Lésions traumatiques de l'abdomen.

I. Contusions de l'abdomen.

II. Rupture des muscles de la paroi abdominale.

III. Contusions de l'abdomen avec lésions viscérales.

IV. Plaies de l'abdomen.

Chapitre II. — Corps étrangers de l'estomac et de l'intestin.

I. Corps étrangers de l'estomac.

II. Corps étrangers de l'intestin.

Chapitre III. — Occlusions et rétrécissements du pylore.

De l'intervention chirurgicale dans les rétrécissements et occlusions du pylore.

Chapitre IV. — Occlusion intestinale.

I. Occlusion par obstacle mécanique.

II. Étude clinique de l'occlusion intestinale.

CHAPITRE V. — Des péritonites.

I. Péritonites aiguës généralisées.

II. Péritonites chroniques.

III. Typhlite et appendicite.

IV. Péritonites tuberculeuses.

Dans la seconde édition du *Traité de chirurgie* (1898), plusieurs chapitres ont été profondément remaniés, notamment les contusions de l'abdomen avec lésions viscérales, et les plaies pénétrantes de l'abdomen. J'ai donné une plus large place à la discussion du diagnostic et des indications thérapeutiques.

J'ai consacré une description d'ensemble à la péritonite à pneumocoques. Enfin, l'appendicite a été l'objet d'une étude toute spéciale.

Adéno-fibrome de la parotide.

(*Bulletin de la Société anatomique*, 1877, p. 35.)

En présentant cette tumeur extirpée, par Broca, sur une jeune fille de dix-huit ans, j'ai insisté sur l'évolution clinique de cette variété de néoplasme et donné un examen histologique très complet pratiqué par Planteau.

Épithélioma de la langue ayant envahi le plancher buccal. Ablation de la tumeur, après résection de la moitié gauche du corps de la mâchoire. Guérison maintenue depuis trois ans et demi.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 17 février 1892, p. 124.)

Cette observation a trait à un homme de soixante-huit ans, opéré le 6 août 1888. Malgré l'étendue du néoplasme qui nécessita l'ablation, après ligature de l'artère linguale, du pilier antérieur du voile du palais, de toute la moitié gauche de la langue, du plancher buccal avec la glande sous-maxillaire et les ganglions correspondants, ainsi que des ganglions carotidiens, la guérison se fit sans incident et le 1er janvier 1892 l'opéré était en parfaite santé.

Mémoire sur un cas de kyste congénital de la région sous-maxillaire gauche chez un homme de soixante-douze ans.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 2 mai 1888, p. 374.)

Trachéotomie pour corps étranger des voies aériennes (amande de dragée).

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 13 mars 1889, p. 222.)

Il s'agit d'une amande de dragée qui avait séjourné cinq jours dans les voies aériennes d'une femme de trente-sept ans. Je fus appelé près d'elle le 27 février

1889 : la malade avait eu plusieurs accès de suffocation qui avaient failli l'emporter. Je pratiquai immédiatement la trachéotomie et plaçai une canule. Les accès de suffocation cessèrent, et le lendemain l'amande fut expulsée par la plaie. La guérison se fit sans incident. A propos de cette observation, j'ai insisté sur l'importance du précepte chirurgical qui veut que, étant donné un corps étranger mobile des voies aériennes, le chirurgien ne quitte pas son malade avant d'avoir extrait le corps étranger, ou tout au moins avant d'avoir placé dans la trachée une canule destinée à prévenir les accidents si redoutables de l'enclavement du corps étranger dans le larynx.

Kyste séreux de la mamelle.

(*Bulletin de la Société anatomique*, 5 octobre 1888, p. 761. Observation publiée par Vignard.)

Greffes dermo-épidermiques à grands lambeaux.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 11 décembre 1889, p. 775.)

Le procédé employé par moi a été celui de Thiersch modifié par Socin (de Bâle) et décrit par Charles Monod dans la séance de la Société de chirurgie du 28 mars 1888. J'ai communiqué les observations de deux malades : sur l'un j'avais guéri une plaie de la paroi thoracique consécutive à une brûlure. Cette plaie fongueuse, saignante et très douloureuse, mesurait 14 centimètres sur 17. Sur l'autre, j'avais eu affaire à une plaie de l'épaule et du cou consécutive, elle aussi, à une brûlure et mesurant 20 centimètres carrés. Dans les deux cas, j'obtins une cicatrice souple et mobile et le résultat fut durable. Cette méthode s'est vulgarisée depuis ma communication. Je crois avoir été le second à l'employer en France, après M. Monod, mon premier malade ayant été opéré le 7 avril 1888.

Laparotomie pour péritonite purulente consécutive à une rupture traumatique du cæcum. Lavage du péritoine. Guérison.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 30 décembre 1891, p. 800.)

Cette observation a trait à une fille de douze ans atteinte d'une péritonite généralisée datant de cinq jours et consécutive à une rupture du cæcum produite par

un choc violent sur l'angle d'une planche d'étalage. Au moment de l'opération, l'état était des plus graves ; le pouls, petit et rapide, était irrégulier, et la température ne dépassait pas 37°,5. A l'ouverture de l'abdomen, je pénétrai dans une vaste cavité remplie de pus fétide mélangé de gaz et de débris fécaux. Le cæcum était perforé sur sa paroi postéro-inférieure. Ne pouvant suturer cette plaie, j'établis un drainage par le procédé de Mikulicz ; la cicatrisation était complète au bout d'un mois. J'attribue le succès à ce que l'opération a été très courte (vingt minutes) et cela parce que je me suis abstenu de toute tentative pour attirer le cæcum au dehors et pour suturer la perforation.

Rapport sur une observation de M. Michaux intitulée : Contusion de l'abdomen. Perforation intestinale. Laparotomie précoce. Suture. Guérison.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 12 avril 1893, p. 247.)

Dans ce rapport, j'ai cherché à poser les indications de la laparotomie dans les contusions de l'abdomen et, tout en reconnaissant que plus la laparotomie sera hâtive, plus elle aura chance de sauver le blessé, j'ai considéré qu'il serait dangereux de poser en principe qu'une laparotomie exploratrice dût être pratiquée de prime abord chez tous les blessés atteints de contusion abdominale. J'ai conclu qu'il était sage d'attendre une indication, mais qu'il fallait la chercher avec soin, car elle est souvent délicate à apprécier.

Coup de canne à épée dans le flanc droit. Plaie du foie, du diaphragme et du cœur. Delirium tremens. Mort le huitième jour après la blessure.

(*Bulletin de la Société anatomique*, 1880, p. 55.)

Ce blessé avait été observé par moi dans le service de Richet à l'Hôtel-Dieu. L'autopsie fut pratiquée par M. Brouardel, qui voulut bien me communiquer les résultats de son examen nécroscopique. A propos de cette observation, j'ai

relaté dans mon mémoire les faits de survie prolongée après les plaies du cœur, et étudié, après Ollivier (d'Angers) et Jamain, la différence au point de vue de la léthalité immédiate entre les plaies du cœur droit et celles du cœur gauche.

Plaie pénétrante de l'estomac par balle de revolver. Blessure de l'artère coronaire stomachique. Laparotomie deux heures et demie après l'accident. Guérison.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 20 novembre 1889, p. 739.)

C'est, en France, le premier cas de guérison d'une plaie, par arme à feu, de l'estomac traitée par la laparotomie. Le succès doit être attribué à la précocité de l'opération; je fus porté à intervenir par un signe dont les chirurgiens ont, depuis, reconnu l'importance : l'existence d'un tympanisme épigastrique révélé par la percussion dans un rayon de plusieurs centimètres autour de la blessure. Ce signe indiquait, pour moi, une perforation du tube digestif.

Laparotomie pour plaie pénétrante de l'abdomen par coup de couteau.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 29 juillet 1891, p. 540.)

Il s'agissait d'un blessé laparotomisé quatre heures après l'accident, bien qu'il ne présentât aucun symptôme et que sa température ne dépassât pas 37 degrés. A l'ouverture de l'abdomen, je trouvai un gros hématome et une plaie du cæcum de 3 centimètres de diamètre : il y avait déjà des lésions de péritonite autour de cette plaie. L'opéré succomba au bout de quarante-huit heures à une hémorragie résultant d'une plaie méconnue siégeant à la partie postérieure du cæcum. J'ai cité cette observation pour prouver, contrairement à l'opinion de M. Reclus, que, dans l'immense majorité des cas de plaies de l'abdomen par coups de couteau, il faut intervenir d'urgence aussi bien que dans les cas de plaies par armes à feu. En effet, comme le prouve mon observation, une péritonite déjà en pleine évolution peut ne se manifester par aucun symptôme.

Rapport sur une observation de M. Michaux intitulée : Compresse de gaze iodoformée ayant séjourné cinq mois dans l'intestin grêle. Résection de l'intestin. Extraction de la compresse. Suture.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 12 avril 1893, p. 254.)

Rapprochant cette observation d'un fait analogue, communiqué à la Société de chirurgie en 1892 par M. Pilate (d'Orléans), j'ai recherché par quel mécanisme un corps souple et mou comme un morceau de linge pouvait traverser la paroi intestinale. Pour élucider ce point de physiologie pathologique, j'ai fait avec mon interne, M. Mauclaire, une série d'expériences sur des chiens et sur des lapins ; notre travail a été présenté le 10 mars 1893, à la Société anatomique, avec pièces et figures à l'appui. Nous croyons avoir démontré que la migration de la compresse, dans l'observation de M. Michaux comme dans celle de M. Pilate, est due à ce fait que les compresses, brassées et roulées par les mouvements intestinaux, arrivent à former des masses arrondies serrées et résistantes qui se comportent à l'égard de la paroi intestinale comme les corps étrangers les plus durs.

Hydropisie de la vésicule biliaire avec oblitération temporaire du canal cystique et permanente du canal cholédoque.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 13 mars 1889, p. 214.)

J'opérai cette malade le 10 août 1888, et je fus forcé d'établir une fistule biliaire, n'ayant pu découvrir le point du canal cholédoque où siégeait le calcul. La malade guérit très bien d'une opération et, malgré l'écoulement de la bile par la fistule, l'amélioration fut rapide.

La malade survécut sept mois à l'opération ; elle succomba à une tuberculose pulmonaire. Le calcul, du volume d'un pois chiche, était immobilisé dans la tête du pancréas à 15 millimètres au-dessus de l'orifice de l'ampoule de Vater. Cette situation explique comment le calcul avait pu échapper à mon investigation.

Cirrhose. Ascite. Hernie ombilicale étranglée. Anus contre nature.

(*Bulletin de la Société anatomique*, 1878, p. 312.)

Il s'agissait d'un malade chez lequel l'évacuation du liquide par une ponction avait été suivie de l'étranglement d'une hernie ombilicale et chez lequel des piqûres de sangsues avaient donné lieu à des hémorragies inquiétantes. En raison de cette tendance hémorragique, mon maître Verneuil avait pratiqué l'anus contre nature au moyen de la pâte de Vienne. Cet anus contre nature fonctionna régulièrement pendant vingt-quatre jours, et le malade succomba aux progrès des lésions cardiaques et hépatiques.

Cette observation a fait l'objet d'un rapport de M. Gilbert-Ballet, à l'appui de ma candidature au titre de membre adjoint de la Société anatomique (*Bulletin de la Société anatomique*, 1879, p. 781).

Deux observations de hernie du cæcum. Étranglement. Kélotomie. Guérison.

(*Congrès français de chirurgie*, 16 mars 1888, p. 571.)

A l'occasion de ces deux faits, j'ai étudié dans mon mémoire le mode de production des hernies cæcales et j'ai cherché à trouver des signes permettant de reconnaître la présence du gros intestin dans une hernie.

Dans l'une de mes observations, il s'agissait d'une hernie complexe contenant le cæcum et son appendice gangrené, et une anse d'intestin grêle. J'intitulerais aujourd'hui cette observation : *Appendicite herniaire*. L'appendice fut réséqué et le moignon lié au catgut fut évidé en coin et fermé par une suture de Lembert rebroussant en dedans les bords de l'infundibulum ainsi formé et adossant séreuse à séreuse. Ce procédé de fermeture, employé depuis par un grand nombre d'opérateurs, était nouveau à cette époque.

Rapport sur trois observations de suture intestinale pour lésions consécutives à la gangrène herniaire, par M. Barette.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 9 décembre 1896, p. 772.)

Fibro-myxome de la grande lèvre gauche pesant 5 kilogrammes. Ablation. Guérison.
(Observation présentée à la Société par M. Demoulin, janvier 1887, p. 28.)

Castration pour un sarcome du testicule. Guérison depuis plus de trois ans sans récidive.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 8 février 1888, p. 149.)

Cette observation a été l'objet d'un rapport de M. Monod, dans la séance du 28 mars 1888.

Pseudarthrose de l'humérus, opérée et guérie.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 28 novembre 1888, p. 925.)

J'ai présenté le malade que j'avais guéri d'une pseudarthrose flottante de l'humérus en libérant les fragments et en les enclavant au moyen de chevilles d'os de veau aseptiques. C'est une des premières opérations de pseudarthrose par ce procédé.

Luxation du nerf cubital consécutive à un violent mouvement d'extension de l'avant-bras sur le bras. Absence de troubles fonctionnels. Pas d'intervention.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 11 mars 1896, p. 219.)

Des dissections que j'ai entreprises pour me rendre compte du mécanisme de cette luxation est résultée pour moi la conviction que le déplacement du nerf cubital est impossible sans la déchirure ou l'élongation de l'un des faisceaux musculaires du cubital antérieur ou de l'arcade fibreuse qui réunit ces deux faisceaux.

Kyste à grains riziformes du poignet et de la main.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 26 décembre 1888, p. 1017.)

Il s'agit d'une femme de cinquante ans opérée par incision, grattage à la curette tranchante, lavage au chlorure de zinc, drainage et suture. La guérison fut parfaite avec conservation de tous les mouvements des doigts. L'intérêt de cette observation réside surtout dans ce fait que l'inoculation des grains riziformes produisit sur un cobaye une tuberculose généralisée. J'ai démontré ainsi, l'un des premiers, la nature tuberculeuse des grains riziformes. (L'opération et l'inoculation datent du 16 avril 1886.)

Lipome de l'éminence thénar.

(*Bulletin de la Société anatomique*, 6 octobre 1893, p. 518. Obs. présentée par M. P. Launay.)

Tumeur très exceptionnelle dans cette région, puisque Poulet (cité par Launay) n'avait pu réunir que sept observations (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1886). J'avais pu faire le diagnostic : l'opération fut facile, bien que la tumeur s'enfonçât entre le premier interosseux dorsal de l'index et le muscle adducteur du pouce, et se prolongeât jusqu'à l'insertion de ce muscle au troisième métacarpien.

Exostose du pubis à la suite d'une rupture musculaire du droit interne.

(*Bulletin de la Société anatomique*, 1887, p. 96.)

Phlegmatia alba dolens chez un malade ayant subi la désarticulation de la hanche pour tumeur maligne.

(*Bulletin de la Société anatomique*, 1878, p. 189.)

Amputation du pied par le procédé de Syme.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 21 mars 1897, p. 249.)

Deux observations démontrant l'excellence de ce procédé au point de vue fonctionnel.

Résection articulaire pour déviation du gros orteil.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 14 novembre 1888, p. 876.)

J'ai présenté un malade auquel j'avais pratiqué, avec plein succès, la résection des têtes des premiers métatarsiens, pour une déviation à angle droit des gros orteils.

Emploi des gants de caoutchouc en chirurgie.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 22 mars 1899, p. 318.)

Je les emploie depuis 1887 ; je ne leur connais pas d'inconvénients si on opère à ciel ouvert ; mais s'il faut agir dans une cavité en se guidant sur le doigt, on est gêné par le gant de caoutchouc, et cela tient non seulement à la compression exercée sur le doigt par le tissu élastique, mais aussi à ce que l'extrémité de l'ongle devient incapable de fournir certains renseignements de contact. Je réserve donc l'usage des gants de caoutchouc pour les opérations septiques.

B. — CHIRURGIE INFANTILE.

Invagination intestinale.

(*Traité des maladies de l'enfance*, t. II, p. 699, 1897.)

Cette monographie est plus spécialement consacrée à l'invagination intestinale chez les enfants. Je me suis efforcé d'exposer les diverses modalités cliniques de cette affection du premier âge et de mettre en relief les éléments du diagnostic. J'ai étudié en particulier, ce qui n'avait pas encore été fait, le diagnostic de l'invagination aiguë et de l'appendicite.

Enfin, j'ai examiné la valeur comparative des deux méthodes de traitement : la *méthode non sanglante* et la *méthode sanglante*; j'espère avoir établi, d'après les faits, la nécessité de ne point s'attarder aux méthodes non sanglantes. La laparotomie a d'autant plus de chances de succès qu'elle est plus hâtive. J'ai cherché à en préciser les indications ainsi que le manuel opératoire.

Traitement opératoire du bec-de-lièvre compliqué. Restauration de l'aile du nez par le procédé de Berger.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 18 mars 1896, p. 243.)

J'ai employé le procédé de Berger chez une jeune fille antérieurement opérée sans succès par Trélat, et j'ai obtenu un résultat excellent.

Traitement du bec-de-lièvre compliqué.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 30 décembre 1896, p. 830.)

Présentation d'une petite fille atteinte d'un bec-de-lièvre grave chez laquelle la narine a été reconstituée par le procédé de Berger.

Ostéome sous-périosté du maxillaire inférieur, consécutif à l'évolution vicieuse de la dent de sagesse.

(*Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié*, 1887.)

(*Semaine médicale*, 1889, p. 131.)

Dans cette leçon, j'ai recherché et réuni tous les cas analogues et esquissé l'histoire encore bien incomplète de cette curieuse affection. J'ai établi que ces ostéomes étaient l'apanage de la jeunesse, en raison de l'activité productrice du périoste à cet âge. J'ai montré aussi qu'il existait toujours une cause d'irritation lente : ordinairement, inclusion ou déviation de la dent de sagesse; par exception, carie dentaire.

L'étude des symptômes m'a permis d'indiquer l'importance de la contracture des muscles masticateurs, du début brusque de la tuméfaction, enfin des douleurs survenant par intermittence.

Le traitement rationnel et efficace est l'extraction de la dent incluse, suivie de l'abrasion de toutes les masses d'os nouveau apposées sur la face externe du maxillaire.

Ankylose osseuse de la mâchoire inférieure, consécutive à une ancienne fracture sous-condylienne. — Ostéotomie à la partie supérieure de la branche montante. Guérison avec intégrité des mouvements.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 7 décembre 1892, p. 783.)

La section de la branche montante fut pratiquée avec la gouge et le maillet immédiatement au-dessous de l'arcade zygomatique. Pour me mettre sûrement

à l'abri d'une consolidation osseuse, je réséquai sur la branche montante une bandelette osseuse de 3 ou 4 millimètres de haut, et j'interposai entre les deux surfaces osseuses une mèche de gaze iodoformée dont l'extrémité, laissée au dehors, assura le drainage. Au moment où l'enfant, âgée de neuf ans, fut présentée à la Société de chirurgie, trois mois s'étaient écoulés depuis l'opération, et l'abaissement du maxillaire inférieur s'exécutait dans des conditions sensiblement normales.

Corps étranger de l'œsophage chez un enfant de deux ans et demi. Extraction par l'œsophagotomie externe. — Guérison.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 15 mars 1893, p. 190.)

Le corps étranger était un disque de plomb épais de 6 millimètres et de 22 millimètres de diamètre. L'extraction avec le panier de Graefe et avec une pince courbe fut impossible. L'extraction fut facile par l'œsophagotomie. A propos de cette observation, j'ai précisé les conditions dans lesquelles il est indiqué de se servir du panier de Graefe et celles dans lesquelles il faut recourir d'emblée à l'œsophagotomie externe.

Corps étranger de l'œsophage. Pièce de cinq centimes dont la présence et le siège ont été révélés par la radiographie. Extraction après seize jours avec le panier de Graefe

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 15 décembre 1897, p. 794.)

L'enfant, âgé de quatre ans et demi, n'éprouvait aucun trouble de la déglutition, si bien qu'on avait admis le passage du sou dans l'estomac. L'épreuve radiographique montra de la façon la plus nette que le corps étranger était arrêté à la fin de la portion cervicale de l'œsophage; malgré le long séjour de ce corps étranger, l'extraction fut facile au moyen du panier de Graefe après anesthésie. — J'ai saisi cette occasion de réhabiliter une fois encore le panier de Graefe, qui est un instrument excellent et complètement inoffensif, à condition de le manier avec pru-

dence et de réserver son emploi pour les pièces de monnaie. J'ai insisté aussi sur l'utilité de l'anesthésie chloroformique qui, chez les petits enfants, facilite singulièrement le passage du panier.

Traitement du torticolis par la myotomie sous-cutanée.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 2 juillet 1890, p. 495.)

Contrairement à l'opinion de M. Kirmisson, qui ne tend à rien moins qu'à proscrire la section du sterno-mastoïdien par la méthode sous-cutanée, je soutiens que, pour le torticolis aussi bien que pour le pied bot, la méthode sous-cutanée est et doit rester la méthode de choix. Ma communication se base sur 6 opérations; 5 ont été faites par la méthode sous-cutanée; dans un seul cas, après avoir commencé par la méthode sous-cutanée, je dus compléter l'opération par une incision à ciel ouvert. Il s'agissait d'un torticolis grave par rétraction totale du muscle, chez une petite fille de quinze mois; la veine jugulaire externe, anormalement développée, gênait l'introduction et le maniement du ténotome.

C'est dire que je ne repousse pas systématiquement l'opération à ciel ouvert, mais je la crois très rarement indiquée, et seulement lorsqu'il existe une disposition particulière des veines, ou bien lorsque les parties à sectionner sont très épaisses, ainsi que cela se voit quelquefois pour le chef claviculaire rétracté.

Par la section sous-cutanée, j'ai toujours obtenu un résultat orthopédique aussi satisfaisant que possible, et j'ai évité à mes opérés une cicatrice plus ou moins difforme à la région cervicale.

Comme M. Kirmisson, j'ai recours, après l'opération, à l'emploi des appareils redresseurs à traction élastique, en y ajoutant des manipulations et des massages méthodiques sur le muscle sectionné.

Fistule congénitale du cou. Rapport sur une observation et un mémoire de M. Paul Delagénière.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 21 décembre 1898, p. 1141.)

Mal de Pott, avec abcès par congestion à trajet recurrent.

(*Bulletin de la Société anatomique*, 1878, p. 189.)

Cette observation est publiée *in extenso* dans la thèse d'agrégation de Puel, 1878, p. 38.

Traitement du spina-bifida.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 23 mars 1892, p. 249.)

J'ai communiqué à la Société de chirurgie l'observation d'une fillette de vingt-cinq jours, opérée avec succès d'un spina-bifida de la région cervicale. L'opération avait été pratiquée le 1er juin 1889 et l'enfant, revue le 1er août 1891, était en parfaite santé. L'intérêt de cette communication s'est trouvé accru par l'examen anatomo-pathologique de la poche, pratiqué très complètement par M. Ch. Achard. Il s'agissait d'une tumeur complexe constituée par une poche principale contenant à sa surface interne du tissu nerveux ; le reste de la masse offrait la structure variée de l'angiome sanguin et surtout du lymphangiome avec des fibres musculaires lisses assez abondantes et quelques petits nodules osseux.

Invagination intestinale. Expulsion du boudin invaginé, sauf une partie du cylindre interne restée adhérente au mésentère et non gangrenée.

(*Bulletin de la Société anatomique*, mai 1895, p. 425. Observation publiée par Vanverts.)

Péritonite à pneumocoques.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 28 avril 1897, p. 322.)

Résumé de 5 observations de péritonites à pneumocoques observées chez des petites filles. Quatre de ces péritonites avaient été laparotomisées; 3 avaient

guéri. Une cinquième avait guéri spontanément avec ouverture à l'ombilic dans le vagin. J'ai fait remarquer que dans la péritonite à pneumocoques, il s'agit presque toujours de grandes collections enkystées. J'ai signalé aussi les grosses coagulations fibrineuses caractéristiques des suppurations à pneumocoques. Enfin, j'ai fait remarquer que le drainage devait être établi avec des tubes volumineux, plutôt que par le procédé de Mikulicz.

Hypertrophie polypoïde du col utérin chez un enfant de quatorze ans. (En collaboration avec Ch. Achard.)

(*Bulletin de la Société anatomique*, 1892, p. 465.)

Il s'agit d'un cas très rare : le col tuméfié présentait autour de son orifice externe quatre masses polypeuses que j'excisai au thermocautère. L'examen histologique, pratiqué par Achard, démontra qu'il s'agissait d'une véritable hypertrophie polypoïde.

Orchidopexie pour ectopie testiculaire.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 17 avril 1889, p. 323.)

Résultats éloignés de deux cas d'orchidopexie.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 16 avril 1890, p. 289.)

Cette communication a eu pour but de donner les résultats de deux opérations datant de quatorze mois. Les deux malades, âgés l'un de dix ans et demi, l'autre de quatorze ans et demi, avaient subi, outre l'orchidopexie, la cure radicale d'une hernie. Le résultat de cette dernière opération s'était maintenu excellent. Le développement du testicule n'avait pas fait, depuis l'opération, de sensibles progrès; la consistance était dure, comme fibreuse, bien que l'organe, dans les

deux cas, fût resté mobile dans le scrotum. D'après ces deux faits, tout en considérant l'orchidopexie comme une bonne opération, j'arrivais à conclure qu'on aurait tort de compter sur le développement normal des testicules après l'orchidopexie.

Résultats de quinze interventions chirurgicales pour ectopies testiculaires pratiquées sur treize malades dont deux étaient atteints d'ectopies bilatérales.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1er mars 1893, p. 165.)

Les observations qui font l'objet de ce mémoire sont publiées dans la thèse de mon élève Paul Bezançon (thèse de Paris, 1892). J'ai montré la fréquence de la hernie et de l'hydrocèle congénitales en même temps que l'ectopie. En effet, sur ces treize malades, dix fois la hernie était cliniquement appréciable, quatre fois la communication avec le péritoine a été révélée au cours de l'opération; une fois seulement le conduit vagino-péritonéal était absolument fermé; il s'agissait, il est vrai, d'une ectopie périnéale.

J'ai recherché la nature de l'obstacle qui s'opposait à la descente du testicule : il s'agit de brides fibreuses qui m'ont paru dépendre du fascia transversalis. J'ai insisté sur la nécessité de les rompre en dissociant le cordon et en ménageant soigneusement les vaisseaux. Je n'ai pas remarqué que le crémaster ni le gubernaculum testis fussent cause d'une difficulté particulière à abaisser le testicule.

Dans quatre cas, j'ai trouvé le scrotum fermé par une épaisse membrane fibro-élastique que je crois avoir signalée le premier et qui est vraisemblablement une dépendance de l'appareil suspenseur des bourses. Les résultats éloignés de l'opération sont consignés dans la thèse de M. Bezançon; sur tous les opérés, sauf un, le résultat a été des plus satisfaisants. J'ai donc conclu en faveur de l'opération sanglante dans l'ectopie testiculaire, mais pas dans tous les cas indistinctement. J'ai conseillé de ne pas opérer au-dessous de sept ou huit ans, à moins qu'une hernie n'occasionnât des accidents. Pour les enfants plus âgés, l'opération s'impose dès qu'il existe une hernie avec ectopie et lorsque, avec ou sans pointe de hernie, il est impossible d'amener le testicule hors du canal inguinal et de le maintenir fixé par un bandage.

Brûlure ancienne de la main droite; cicatrice vicieuse; autoplastie par la méthode italienne; excellent résultat de l'opération.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 9 mars 1892, p. 206.)

Traitement de la coxalgie.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 23 juin 1897, p. 489.)

Dans ce mémoire, j'ai résumé ma méthode de traitement de la coxalgie. Je suis ennemi de la résection, que je considère comme un pis aller qu'il faut réserver aux coxalgies compliquées de fistules intarissables ou d'abcès ayant résisté aux ponctions suivies d'injections de naphtol camphré ou d'éther iodoformé.

Les rares résections que je pratique sont presque toujours des opérations atypiques.

Comme traitement de la coxalgie non suppurée, je ne suis point exclusif.

Lorsque les malades peuvent être suivis de près, j'emploie l'extension continue pendant toute la période douloureuse; plus tard, au bout de sept ou huit mois en général, j'applique un appareil plâtré et je permets la marche avec des béquilles en faisant porter du côté sain une chaussure fortement surélevée.

Lorsque les malades ne peuvent être surveillés, j'applique d'emblée l'appareil plâtré, après redressement sous chloroforme si l'attitude est vicieuse. Ce redressement ne m'a pas semblé favoriser la formation des abcès, non plus que l'explosion d'accidents méningitiques ou pulmonaires.

J'insiste sur la nécessité de n'employer jamais ce mode de traitement pour une coxalgie compliquée d'abcès.

D'autre part, je proscris les manœuvres de redressement violentes et prolongées dans le traitement des coxalgies anciennes guéries en position vicieuse, car l'ostéotomie sous-trochantérienne donne, dans ces conditions, les meilleurs résultats.

A l'appui de mes conclusions, j'ai donné le résumé d'une statistique comprenant 122 cas de coxalgies traités dans mon service de l'hôpital Trousseau. J'ai terminé

ce travail par l'exposé de mes recherches sur la valeur comparative des injections de naphtol camphré et d'éther iodoformé pour le traitement des abcès.

Elles ont porté sur 63 cas de coxalgies avec abcès. J'ai pu établir une supériorité curatrice très nette en faveur de l'éther iodoformé.

Dans les cas rares où les abcès ainsi traités deviennent fistuleux, j'ai montré que l'on pouvait encore obtenir la guérison en prenant soin d'éviter l'infection secondaire et en modifiant les trajets fistuleux par des attouchements répétés avec une solution d'acide lactique au tiers.

Ancienne luxation obturatrice, ostéotomie sous-trochantérienne. Guérison.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 27 juillet 1892, p. 580.)

Dans ce cas, la luxation était consécutive à une coxalgie. L'ankylose était complète et la résection paraissait impossible. L'ostéotomie put corriger aisément l'attitude vicieuse, et le résultat fonctionnel fut excellent.

Luxation obturatrice suite de coxalgie. Ankylose. Correction de l'attitude vicieuse par une ostéotomie trochantérienne.

(*Revue d'orthopédie*, 1892, p. 331.)

A propos du cas précédent, j'ai publié un court mémoire dans lequel j'ai comparé les résultats de l'ostéotomie à ceux de la résection pour cette variété de luxation pathologique. J'ai montré, d'après une observation personnelle, les difficultés de la résection en pareil cas et établi les avantages de la simple ostéotomie.

Enfin, j'ai posé en principe que pour toute luxation pathologique de la hanche, lorsque l'affection qui a occasionné le déplacement est éteinte et lorsqu'on a affaire à une ankylose fibreuse très serrée ou à une soudure osseuse, il est préférable de redresser le membre par une simple section osseuse plutôt que de courir les chances d'une résection.

Les faits très nombreux que j'ai observés depuis 1892 n'ont fait que me confirmer dans cette appréciation.

Flexion antéro-postérieure de la partie supérieure du tibia corrigée par l'ostéotomie linéaire.

(*Revue d'orthopédie*, 1890, p. 357.)

Mon but, en publiant cette observation et le court mémoire qui lui fait suite, était moins d'ajouter un nouveau succès à l'actif de l'ostéotomie que d'appeler à mon tour, après Humphry, Sonnenburg et Kirmisson, l'attention sur une variété particulière de déviation du genou. Cette déviation consiste dans une flexion angulaire de l'extrémité supérieure du tibia, flexion antéro-postérieure et qui peut faire croire, à première vue, à une luxation du tibia en arrière des condyles fémoraux. La pathogénie de cette déviation, fort analogue au genu valgum, m'a paru, comme à Humphry, devoir être rattachée à un trouble évolutif du cartilage de conjugaison : atrophie et disparition prématurée des cellules antérieures de l'organe diaphyso-épiphysaire.

Pied bot valgus d'origine paralytique. Déviation de l'avant-pied en dehors. Extirpation du scaphoïde. Guérison.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 29 janvier 1890, p. 68.)

La réduction du valgus fut obtenue par l'extirpation du scaphoïde, la section des péroniers derrière la malléole et la ténotomie du tendon d'Achille. Après avoir enlevé avec la curette tranchante le cartilage des cunéiformes et de la tête de l'astragale, je rapprochai ces os et les maintins au contact par un point de gros catgut. L'enfant, opérée le 18 juillet 1889, était en parfait état à la fin du mois de novembre; elle pouvait faire à pied 4 kilomètres sans souffrir.

Double pied bot varus équin d'origine paralytique. Extirpation des astragales. Guérison.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 29 janvier 1890, p. 67.)

L'opération fut pratiquée le 22 juin 1889. Le résultat opératoire et fonctionnel fut des plus satisfaisants.

Traitement du pied bot. Intervention sur le squelette dans le pied bot varus équin congénital.

(*Congrès français de chirurgie*, 20 octobre 1896, p. 129.)

Dans ce mémoire, j'ai exposé une méthode de traitement du pied bot congénital. Après avoir été, au début de ma pratique, partisan actif du traitement orthopédique, j'en suis arrivé à étendre de plus en plus les indications de la tarsectomie économique proposée par M. Ch. Nélaton pour les seuls pieds bots invétérés. J'ai donné les raisons qui militent en faveur des excisions osseuses et j'ai décrit un procédé opératoire applicable aux jeunes enfants.

D'après 21 opérations, j'ai établi l'innocuité et l'efficacité de cette manière de faire, qui évite aux enfants de véritables tortures, sans leur faire courir plus de risques que la réduction manuelle et les massages forcés. Toutefois, j'ai réservé les interventions sur le squelette aux *pieds bots graves* en insistant sur la nécessité de n'y pas recourir avant l'âge de sept ou huit mois. Pour les *cas légers*, j'étais et suis resté partisan du traitement orthopédique préparé par la section du tendon d'Achille, et, s'il y a lieu, de l'aponévrose plantaire.

Double pied bot varus équin congénital grave. Tarsectomie. Guérison.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 14 avril 1897, p. 297.)

Présentation d'une jeune fille de quatorze ans et demi chez laquelle j'avais pratiqué, avec un excellent résultat, la tarsectomie par le procédé de Charles Nélaton.

Pied bot varus équin congénital; ténotomie du tendon d'Achille; excision de la tête de l'astragale et de la grande apophyse du calcanéum. Guérison avec excellent résultat.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 12 mai 1897, p. 371.)

J'ai présenté l'enfant qui fait l'objet de cette observation et j'ai fait remarquer combien peu se trouvaient modifiées, par cette tarsectomie économique, les conditions de structure et de statique du pied. Revenant sur la communication que j'avais faite sur ce sujet au Congrès de chirurgie de 1896, j'ai insisté, en me basant sur 34 observations, sur les avantages de cette méthode opératoire comparée à la méthode de Phelps, et je n'ai pas hésité à la conseiller, non seulement pour les pieds bots des enfants qui ont marché (Charles Nélaton), mais aussi pour les pieds bots graves des tout petits enfants.

C. — APPENDICITE.

Typhlite et appendicite.

(*Traité français de chirurgie*, t. VI, 1re édition, 1891.)

L'appendicite n'avait été que peu étudiée en France, et mon article, qui peut sembler aujourd'hui incomplet, et, à certains points de vue, suranné, n'en était pas moins la première publication didactique consacrée dans notre pays à l'histoire de l'appendicite.

Appendicite.

(*Traité français de chirurgie*, t. VI, 2e édition, 1898.)

Cette monographie occupe 90 pages du *Traité de chirurgie*, et contient 25 figures. Je me suis appuyé pour l'écrire sur les travaux les plus récents et surtout sur l'analyse de 182 observations personnelles. La partie anatomo-pathologique est basée presque exclusivement, au point de vue histologique, sur les belles recherches et les préparations de mon savant collègue Letulle, qui a bien voulu contrôler mes descriptions. J'ai aussi utilisé les préparations que MM. Carnot, Ghika et Weinberg ont pu faire sur des appendices enlevés par moi.

Quant à la pathogénie et à la partie clinique, je les ai exposées surtout d'après mes observations personnelles. C'est ainsi que j'ai pu établir l'importance et la fréquence de l'infection appendiculaire par voie sanguine. C'est ainsi encore que j'ai pu décrire les diverses formes de l'appendicite et formuler pour chacune d'elles des indications thérapeutiques particulières.

J'ai indiqué aussi le procédé opératoire qui me paraissait convenir pour chaque forme.

Diagnostic de la péritonite purulente et de l'étranglement interne.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 14 mai 1890, p. 380.)

D'après deux observations, j'ai montré que les péritonites purulentes consécutives aux perforations de l'appendice iléo-cæcal pouvaient évoluer en donnant lieu aux symptômes classiques de l'étranglement, sans qu'il soit possible, par le seul examen des signes physiques, d'arriver à un diagnostic précis. Dans ces deux cas en particulier, la matité, ou même la snbmatité, à laquelle certains chirurgiens accordent une grande valeur diagnostique, faisaient absolument défaut.

Traitement de l'appendicite.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 9 mars 1892, p. 185.)

Au moment de ma communication, j'avais observé 21 cas de typhlite ou de pérityphlite et, sans repousser absolument l'existence de la typhlite vraie, je tendais cependant à admettre que, dans la très grande majorité des cas dénommés *pérityphlites*, l'inflammation de l'appendice jouait un rôle prépondérant. Dans cette communication, laissant de côté les typhlites stercorales et les péritonites généralisées par perforation de l'appendice, j'ai eu surtout pour objet d'établir, d'après 9 observations, les indications du traitement médical et du traitement chirurgical. J'ai établi le premier en France, je crois, la nécessité, dans les cas d'appendicites circonscrites, de soumettre les malades à l'immobilisation absolue, à la diète la plus sévère, aux applications de glace et à l'administration de l'opium à haute dose. J'ai fait remarquer que le traitement devait être appliqué avec la même rigueur, aussi bien dans les cas les plus légers en apparence que dans les cas les plus sérieux. Quant aux purgatifs, je les proscrivais absolument, tout en faisant remarquer que, la crise terminée, ils avaient une action salutaire.

A propos de l'indication opératoire, je disais qu'elle me paraissait formelle dans les conditions suivantes :

1° Lorsque, malgré le traitement médical, l'état loeal restait stationnaire ou s'aggravait;

2° Lorsqu'on notait la persistanee de la douleur avee température restant élevée, ou remontant après une défervescence d'un jour ou deux;

3° En eas d'altération de l'état général.

Cette période d'observation ne me semblait pas devoir durer plus de trois à sept ou huit jours. Enfin, j'ai signalé, dans eette même communieation, l'impossibilité de eompter sur la fluetuation, qui, le plus souvent, n'est pas pereeptible, et j'ajoutais qu'on ne doit pas la ehereher, ear eette recherche est très dangereuse. De plus, c'est un symptôme infidèle, ear le cæcum et le côlon distendus peuvent donner très nettement la sensation de fluctuation.

Parmi les 9 observations que j'ai publiées *in extenso* dans mon mémoire, il s'en trouve une dans laquelle une suppuration d'origine appendieulaire s'était propagée en suivant la faee antérieure du carré des lombes jusque dans le thorax; ee prolongement remontait jusqu'à la sixième eôte, mais la plèvre n'était pas ouverte, le feuillet pariétal ayant été simplement refoulé par le pus.

Résultats de 14 laparotomies pour péritonites purulentes généralisées par perforation du cæcum et de son appendice.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1er juin 1892, p. 391.)

Les 14 malades que j'avais opérés étaient dans un état désespéré. Aueun d'eux n'avait pu être opéré avant le troisième, le quatrième ou le einquième jour. Ils étaient épuisés par la douleur, les vomissements, la septieémie, et souvent aussi par une thérapeutique irrationnelle, eomme l'emploi des purgatifs répétés ou des lavements à outrance. Sur ees 14 opérés, je n'en avais guéri que 2. Aussi ai-je insisté avec foree sur la néeessité d'intervenir le plus près possible du début des aeeidents et sur la néeessité de faire une opération aussi peu eompliquée et aussi eourte que possible. C'est dans eette eommunieation que j'ai insisté pour la première fois sur la physionomie clinique de ees formes de péritonite. J'ai montré qu'il ne fallait eompter ni sur l'apparenee de l'abdomen, ni sur le degré de la température; j'ai montré aussi que les caractères du pouls eonstituent le

meilleur, pour ne pas dire le seul élément de pronostic, qui est d'autant plus mauvais que la rapidité du pouls coïncide avec un degré de température voisin de la normale. Ces indications fournies par les caractères du pouls et de la température sont aujourd'hui universellement admises.

C'est aussi dans ce mémoire que j'ai établi les deux types anatomo-pathologiques des péritonites suppurées consécutives à l'appendicite : les péritonites véritablement diffuses, sans adhérences, et les péritonites à foyers multiples.

Appendicite à rechute; excision de l'appendice pendant une période de calme. Guérison.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 4 mai 1892, p. 349.)

C'est ma première opération de résection de l'appendice à froid : elle a été pratiquée le 28 avril 1892 par une incision passant le long du bord externe du muscle droit. L'appendice, contenant un calcul stercoral, était perforé et communiquait avec le cæcum par un orifice qui fut fermé par deux plans de suture. Le moignon de l'appendice fut lié à un demi-centimètre du cæcum avec un fil de catgut et, pour plus de sûreté, après évidement de la surface de section, je plaçai quatre points de soie fine retroussant en dedans les bords de cet infundibulum et adossant séreuse à séreuse. Ce mode de fermeture, que j'avais décrit au Congrès français de chirurgie de 1888 (p. 575) à propos d'un cas de résection de l'appendice dans une opération de hernie étranglée, est aujourd'hui adopté par un grand nombre de chirurgiens.

Péritonite purulente généralisée par perforation de l'appendice iléo-cæcal. Laparotomie médiane le cinquième jour. Lavage du péritoine, drainage. Guérison.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 25 mai 1892, p. 382.

Résultat de l'examen bactériologique du pus d'une péritonite généralisée par perforation de l'appendice iléo-cæcal.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1er juin 1892, p. 390.)

Il s'agit de l'enfant qui fait l'objet de la communication précédente. Le pus renfermait en très grande abondance le *Bacterium coli commune*. On y trouvait aussi, comme association microbienne, le *Staphylococcus aureus*, le *Bacillus subtilis* et le bacille lactique. Cet examen, pratiqué par M. Grenouillet, est, je crois, le premier qui ait démontré les associations microbiennes des suppurations péritonéales, d'origine appendiculaire.

Péritonite purulente généralisée. Laparotomie. Guérison.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 27 juillet 1892, p. 581.)

Il s'agissait d'un enfant de douze ans, chez lequel mon collègue Gérard Marchant avait pratiqué la laparotomie et la résection de l'appendice dans un cas de péritonite généralisée. Je dus rouvrir le ventre le cinquième jour. La guérison fut obtenue par cette seconde opération.

Péri-appendicite suppurée. Perforation. Péritonite généralisée.

(*Bulletin de la Société anatomique*, février 1895, p. 137. Observation présentée par Vanverts.)

Observation démontrant l'influence néfaste des purgatifs dans le traitement de l'appendicite aiguë, et la valeur diagnostique de la dissociation du pouls et de la

température. Au moment de l'opération, pratiquée dès l'entrée du malade dans le service, le pouls était incomptable et la température de 37°,6.

Rapport sur une observation de M. Rigal intitulée : Appendicite infectieuse compliquée de péritonite traitée avec succès par la résection de l'appendice.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 26 juin 1895, p. 463.)

Dans ce rapport, je me suis élevé une fois encore contre l'emploi des purgatifs dans le traitement de l'appendicite. J'ai insisté sur la nécessité d'opérer le plus tôt possible les malades atteints de péritonite généralisée et j'ai montré l'importance, au point de vue du diagnostic, de la dissociation du pouls et de la température. J'ai posé en principe que cette discordance entre le pouls et la température, lorsqu'elle se montre au cours d'une appendicite, indique presque à coup sûr la tendance de la péritonite à se généraliser, et que, lorsqu'elle apparaît dès le début, on peut affirmer la diffusion d'emblée de la péritonite, quelque atténués ou obscurs que puissent être les autres signes.

Résultats de 22 laparotomies pour péritonites généralisées d'origine appendiculaire.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 31 juillet 1895, p. 598.)

Sur ces 22 opérations, j'ai obtenu 4 guérisons. Ces opérations m'ont permis d'établir deux formes de péritonite : la forme *septique diffuse* sans adhérences, et la forme purulente avec adhérences que j'ai nommée *péritonite à grands enkystements*. Douze fois j'avais eu affaire à la première forme, mes douze opérés avaient succombé. Dix fois j'avais rencontré la péritonite à grands enkystements et mes quatre cas de guérison rentraient dans cette série. Je me suis efforcé de fixer les caractères distinctifs de l'une et l'autre forme, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique. Je crois avoir montré que, dans beaucoup de cas, la péritonite septique diffuse, qui serait mieux nommée *intoxication péritonéale*, et la péritonite purulente à grands enkystements, se tra-

duisent par des manifestations symptomatiques très sensiblement différentes.

J'ai posé également des indications opératoires pour l'une et l'autre forme : abstention dans la péritonite septique diffuse, à moins d'être appelé à agir immédiatement après le début des accidents, intervention dans l'autre forme, avec des chances de succès d'autant plus grandes qu'on pourra opérer à une époque plus rapprochée du début.

Appendicite familiale.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 22 janvier 1896, p. 76.)

Observation d'une petite fille de huit ans morte d'une péritonite septique diffuse. Trois personnes de sa famille avaient succombé depuis trois ans à des accidents péritonéaux imputés à l'appendicite.

Abcès sous-phrénique consécutif à l'appendicite. Incision. Guérison.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1er décembre 1896, p. 710.)

L'enfant qui fait l'objet de cette observation avait été d'abord considéré comme atteint d'une pleurésie diaphragmatique. Pour pénétrer dans la cavité purulente, je dus réséquer la neuvième côte sur la ligne axillaire et inciser le diaphragme. La guérison fut complète en six semaines.

Pathogénie de l'appendicite.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 2 décembre 1896, p. 756.)

Dans cette communication, j'ai combattu avec Brun, Walther, Broca, la théorie du vase clos et j'ai considéré l'oblitération du canal appendiculaire comme étant le résultat et non la cause de l'appendicite.

C'est aussi dans cette communication que j'ai donné les raisons qui m'ont porté à considérer, dans bien des circonstances, l'appendicite comme une manifestation locale d'une infection générale. A côté des appendicites qui peuvent être regardées comme le reliquat d'une entéro-côlite infectieuse généralisée, j'ai admis les appendicites consécutives à la grippe, à la rougeole, à la varicelle, aux oreillons, et je me suis demandé si, pour les cas de cette catégorie, il s'agissait d'une infection de l'appendice, spéciale pour chacune de ces maladies, ou bien si l'on n'avait affaire qu'à une exaltation de virulence d'agents infectieux contenus dans l'appendice à l'état latent. C'est également dans cette communication que j'ai signalé l'influence de la menstruation sur le développement des poussées d'appendicite. Enfin, à côté des accidents appendiculaires d'origine nettement inflammatoire, j'ai montré que dans certains cas des crises légères d'appendicite pouvaient résulter d'un trouble circulatoire d'ordre purement congestif.

Procédé opératoire destiné à assurer la reconstitution solide de la paroi abdominale après l'excision à froid de l'appendice.

(*Presse médicale*, 3 février 1897, p. 53.)

Pour éviter les éventrations secondaires qui s'observent quelquefois après les opérations d'appendicite à froid, j'emploie depuis le 13 août 1895 un procédé dont le but est d'assurer une solidité durable de la cicatrice. J'ouvre la gaine du muscle grand droit que je récline en dedans, puis j'incise la paroi postérieure de la gaine. De cette manière, le muscle, lorsqu'il est ramené dans sa situation normale, recouvre et soutient la suture profonde.

Appendice communiquant largement avec le cæcum. Appendicite à rechutes.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 6 avril 1898, p. 392.)

Cet appendice avait été enlevé sur une femme de trente-deux ans, qui avait subi quatre crises d'appendicite. L'appendice dilaté, très vasculaire, adhérait à l'épiploon par son extrémité. Il était distendu par des gaz que l'on pouvait faire

refluer dans le cæcum et inversement. J'ai présenté cette pièce à cause de sa rareté, et aussi pour montrer que cet appendice, dont la libre communication avec le cæcum était incontestable, avait donné naissance à plusieurs crises bien caractérisées.

Indications thérapeutiques dans l'appendicite.

(Bulletin de la Société de chirurgie, 1er février 1899, p. 113.)

Cette communication résume les résultats de mon expérience dans le traitement de l'appendicite.

Je suis un adversaire convaincu de l'intervention d'emblée, systématique, aussitôt que le diagnostic d'appendicite est posé. Je reconnais que l'excision de l'appendice quelques heures après le début des accidents, avant toute infection péritonéale ou générale, est une opération rationnelle et efficace, ne comportant pas beaucoup plus de dangers que l'opération à froid. Malheureusement, on ne peut presque jamais la proposer et surtout la pratiquer dans ces conditions idéales. Or, quand une appendicite évoluant depuis deux ou trois jours tend à se circonscrire, je suis persuadé que l'intervention est plus dangereuse que l'expectation aidée du traitement médical que j'ai préconisé dès 1892 et qui tend à devenir classique.

Depuis plus d'une année, j'ajoute au traitement médical l'usage des injections sous-cutanées de sérum artificiel.

Expectation ne veut pas dire abstention : le malade doit être suivi de près avec une attention toujours en éveil pour être opéré aussitôt qu'un indice quelconque révèle la nécessité d'une intervention. Ces indications ont été longuement étudiées et précisées dans mon travail du *Traité de chirurgie.*

Lorsque l'appendicite donne lieu à une péritonite généralisée dont le diagnostic est possible, à mon sens, dans la très grande majorité des cas, sinon tout à fait au début, du moins dans les douze ou vingt-quatre heures qui suivent, je conseille d'intervenir immédiatement. En cas de doute, je pose en principe qu'il ne faut jamais s'abstenir.

Donc, à un point de vue général, je suis d'avis d'opérer sans retard les malades atteints de péritonite généralisée. Mais il est des cas dans lesquels il vaut mieux

s'abstenir : c'est lorsque le pouls est petit, rapide, irrégulier, fuyant, avec température basse et tendance au collapsus.

A côté de l'appendicite avec péritonite généralisée, il est une autre forme qui est justiciable de l'intervention immédiate : c'est la forme redoutable que j'ai signalée dans le *Traité de chirurgie* (t. VI, 2e édition, p. 672 et 681) ; elle est caractérisée par la faible intensité et la disparition soudaine et complète des manifestations locales de l'appendicite, tandis que les phénomènes d'infection générale persistent en s'aggravant.

Pour l'appendicite à rechutes, je suis partisan, comme tous mes collègues, de l'opération à froid.

Après une seule crise, dûment diagnostiquée, je conseille aussi l'opération, même s'il ne reste pas des traces palpables de cette crise.

Pour les petites crises insignifiantes, dites *coliques appendiculaires*, je propose sans hésiter l'excision de l'appendice, pourvu qu'il y ait eu à un moment donné une douleur précise au point de Mac Burney.

5741-99. — Corbeil. Imprimerie Éd. Crété.